

# Datos de Quejas



**La sección a continuación contiene un análisis a nivel estatal de datos  
colectados por el Departamento de Seguros de Texas.**

# Datos de Quejas Contra HMOs

Las tablas y gráficas en este capítulo contienen información que le será muy útil respecto a la cantidad y tipo de quejas que los proveedores médicos, pacientes y otros han presentado ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI).

## Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas

El análisis de las quejas presentadas en contra de los HMOs ante el Departamento de Seguros de Texas demuestra que la cantidad total de quejas aumentó un 7% comparado con lo que se reportó en año anterior. El mayor cambio se vio respecto a la cantidad de quejas referentes al **OFRECIMIENTO INSATISFACTORIO DE LIQUIDACIÓN**, el cual aumentó un 118% comparado con lo que se reportó el año anterior. Mientras que las quejas disminuyeron en casi todas las otras categorías, la disminución fue menor respecto a las quejas relacionadas a **DEMORAS EN EL MANEJO DE LA RECLAMACIÓN** (29%). También se notó una disminución (27%) de la cantidad de quejas presentadas por pacientes y un aumento de la cantidad de quejas presentadas por los proveedores (18%).

Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas		2008	2007	2006	2005	2004
Ofrecimiento Insatisfactorio de Liquidación	Con frecuencia es debido a que los proveedores están insatisfechos con el pago que hace el HMO por los servicios.	40.4%	19.9%	28.4%	26.6%	24.2%
Rechazo de Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes respecto al rechazo de cobertura de un servicio de cuidado de sa-	20.0%	32.2%	27.1%	25.8%	23.0%
Demoras en el Manejo de la Reclamación	Quejas de proveedores y pacientes porque las reclamaciones no fueron manejadas en un tiempo razonable.	12.9%	19.2%	19.0%	25.9%	25.3%
Recuperación del Pago	Relacionado con situaciones en que el HMO ha pagado de más y la disputa subsiguiente cuando requiere reembolso del proveedor.	2.3%	3.8%	4.3%	2.2%	-
Cobros de Saldo	Facturación de saldo al paciente por gastos que se espera que el HMO pague.	1.1%	1.0%	1.8%	2.0%	3.5%
Deficiencia en Puntualidad en la Presentación de la Reclamación	Una disputa entre el HMO y el proveedor respecto a la falta de puntualidad en la presentación de la reclamación.	0.4%	1.9%	5.2%	1.5%	-
Acceso a la Atención de Salud	Usualmente debido a las funciones de "portero" que el HMO ejerce o a burocracia interna.	0.2%	0.4%	1.6%	1.7%	2.2%

Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1° de Julio de 2003 al 30 de junio de 2008

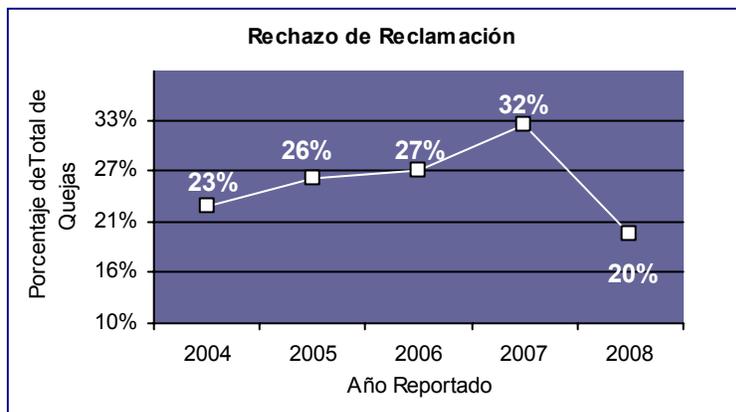
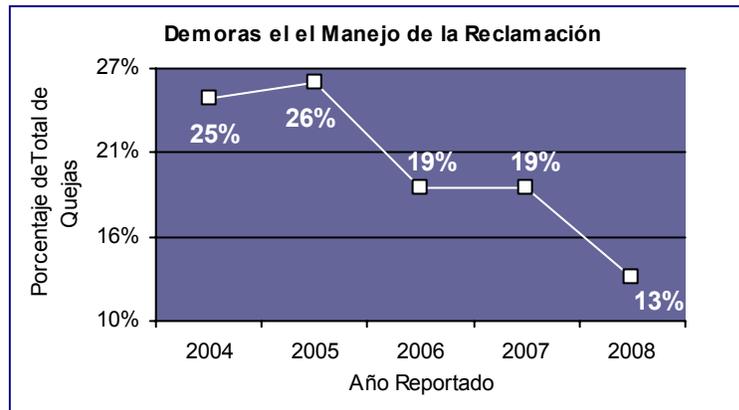
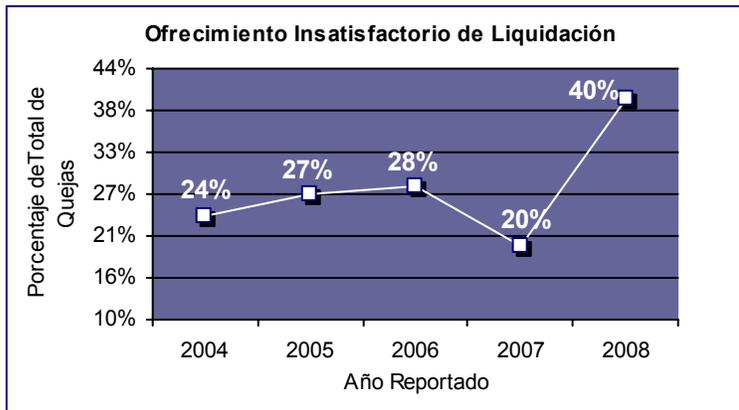
### Notas Aclaratorias

#### Disposición

Las quejas en contra de HMOs cuyo proceso ya terminó son reportadas sin importar si TDI determinó que la queja fue justificada o injustificada.

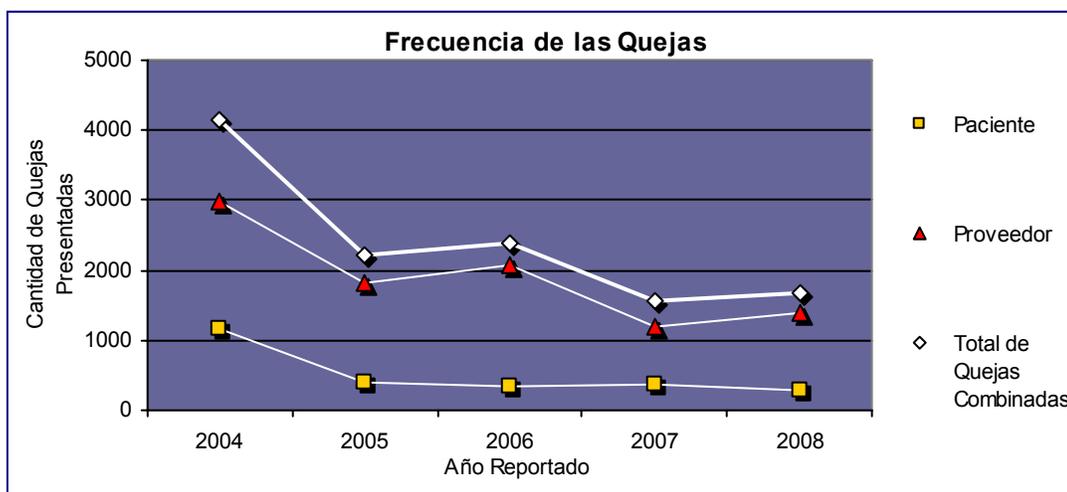
#### Verificación

La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC) no audita o de ninguna otra manera intenta verificar la veracidad de los datos de quejas o cifras de inscripción utilizadas en este capítulo del reporte.



### Frecuencia de las Quejas

La cantidad total de quejas presentadas por proveedores y pacientes aumentó en el reporte del año 2008. Un análisis de las tendencias de años anteriores indica que luego de un breve aumento en el porcentaje de quejas presentadas por pacientes el año pasado, estas quejas están disminuyendo nuevamente. Para el período del reporte actual, el porcentaje de quejas presentadas por proveedores (incluyendo doctores, hospitales y otros proveedores de cuidados de salud contratados y no contratados) aumentó por un 18%.



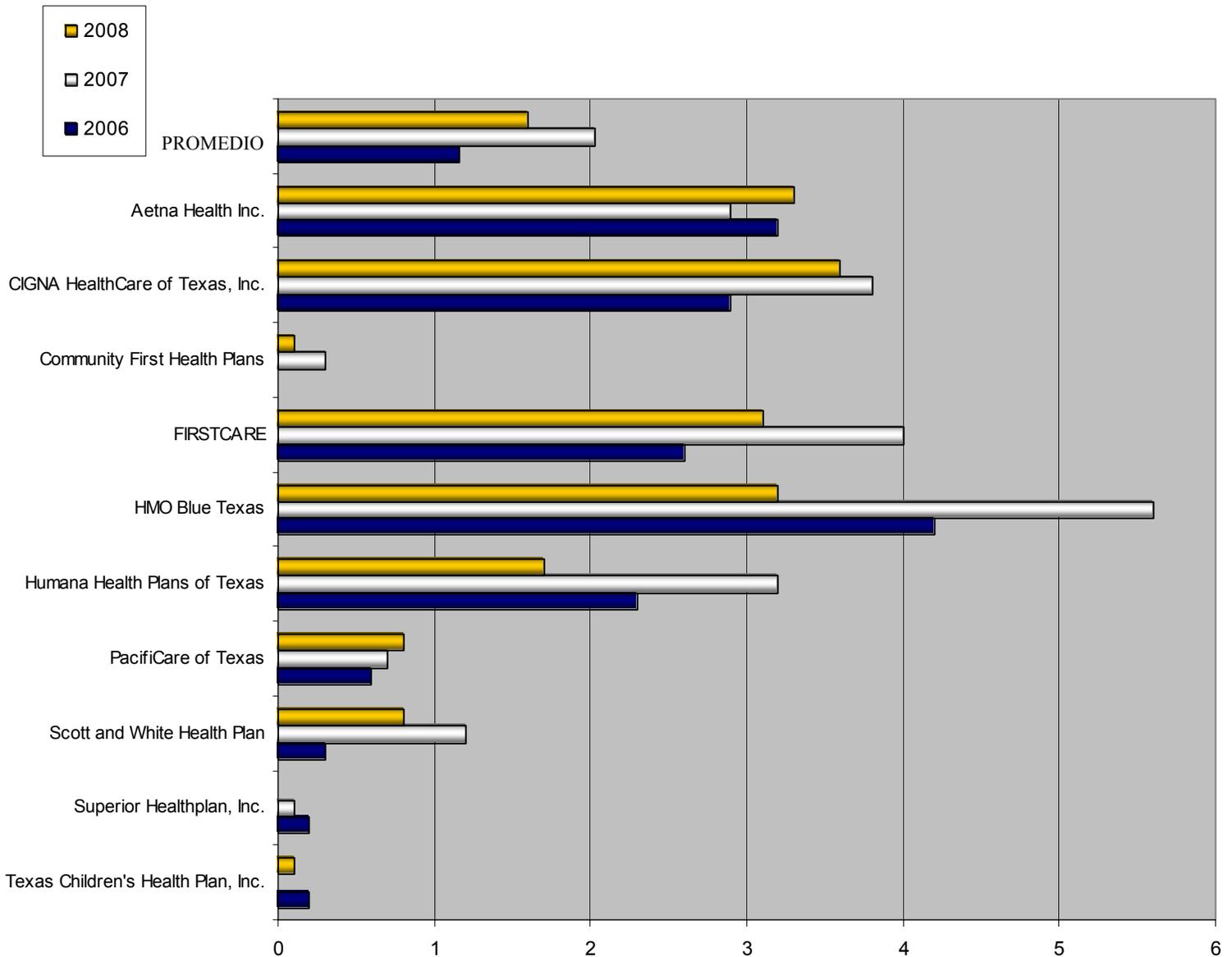
Fuente: Departamento de Seguros de Texas 1° de Julio de 2003 al 30 de junio de 2008

### ¿Cómo se compara su plan con otros planes?

Las gráficas y tablas a continuación lo ayudarán a decidir cómo, en cuestión del número de quejas (paciente, proveedor o combinado) presentadas ante TDI, su plan HMO se compara con los otros HMOs en Texas en relación a 10,000 inscritos en el plan. A diferencia de la porción de la encuesta de cliente en este reporte, los datos de quejas son al nivel estatal. Los HMOs se encuentran agrupados, dependiendo de si la cantidad de sus miembros es más o es menos de 50,000.

# Quejas de los Pacientes\* por cada 10,000 Afiliados

## HMOs con más de 50,000 Afiliados

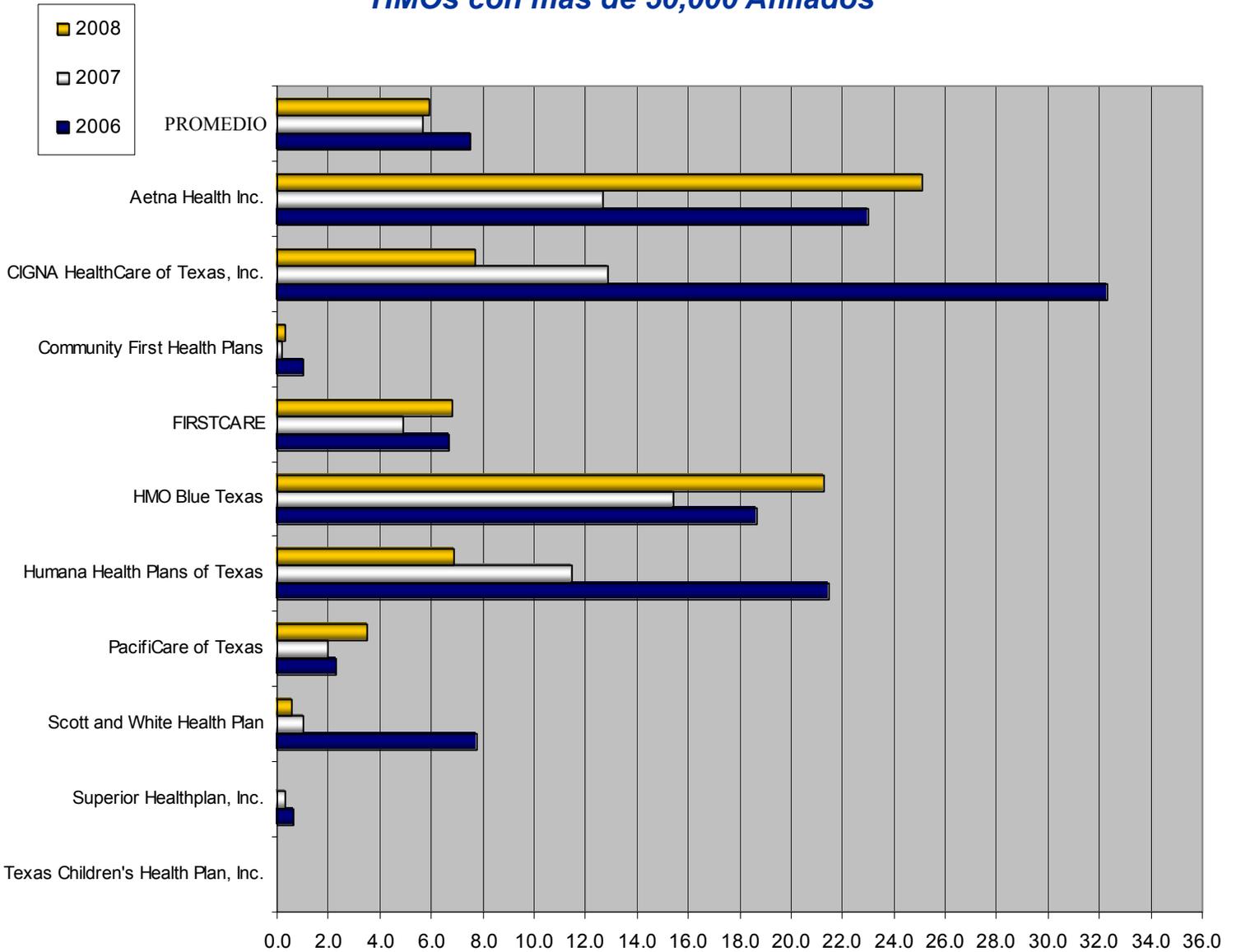


Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1° de Julio de 2005 al 30 de junio de 2008

\* Incluso las quejas presentadas por otros a nombre del paciente.

# Quejas de Proveedores de Atención Médica\* por cada 10,000 Afiliados

*HMOs con más de 50,000 Afiliados*

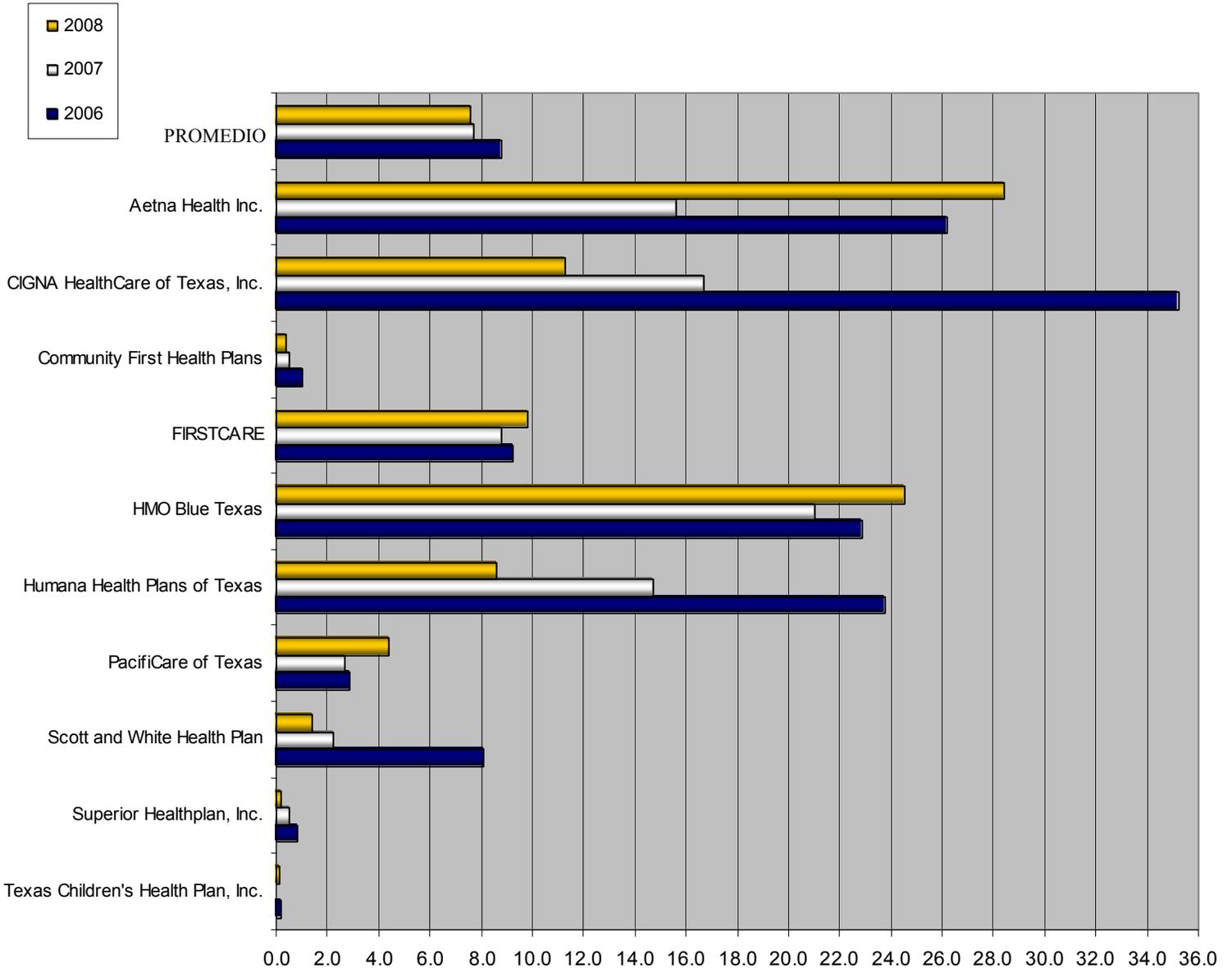


Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1° de Julio de 2005 al 30 de junio de 2008

\* Incluso doctores, hospitales, y otros proveedores de atención médica.

# Quejas Combinadas por cada 10,000 Afiliados

## HMOs con más de 50,000 Afiliados



Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
1º de Julio de 2005 al 30 de junio de 2008

## Totales de Datos de Quejas

del 1º de julio de 2007 al 30 de junio de 2008  
HMOs Servicios Basicos con más de 50,000 Afiliados

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2007	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/ proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/ proveedor) por cada 10,000 afiliados
Aetna Health Inc.	242,731	609	81	690	25.1	3.3	28.4
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	54,798	42	20	62	7.7	3.6	11.3
Community First Health Plans	91,633	3	1	4	0.3	0.1	0.4
FIRSTCARE	104,657	71	32	103	6.8	3.1	9.8
HMO Blue Texas	169,458	361	54	415	21.3	3.2	24.5
Humana Health Plan of Texas, Inc.	136,737	95	23	118	6.9	1.7	8.6
PacifiCare of Texas, Inc.	142,463	50	12	62	3.5	0.8	4.4
Scott and White Health Plan	176,154	11	14	25	0.6	0.8	1.4
Superior Healthplan, Inc.	266,467	6	0	6	0.2	0.0	0.2
Texas Children's Health Plan, Inc.	184,573	0	1	1	0.0	0.1	0.1
<b>TOTAL/Promedio Servicios Basicos* (Planes &gt; 50,000 Afiliados)</b>	<b>1,569,671</b>	<b>1248</b>	<b>238</b>	<b>1486</b>	<b>5.9</b>	<b>1.6</b>	<b>7.6</b>

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

\* El promedio de proporción de quejas de los planes con más de 50,000 afiliados se calculó excluyendo el valor alto y bajo en cada columna.

## Totales de Datos de Quejas

del 1º de julio de 2007 al 30 de junio de 2008  
HMOs Servicios Basicos con menos de 50,000 Afiliados

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2007	Quejas de Proveedores	Quejas de los Pacientes	Quejas Combinadas (paciente/proveedor)	Quejas de Proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los Pacientes por cada 10,000 Afiliados	Quejas Combinadas (paciente/proveedor) por cada 10,000 afiliados
Great-West Healthcare of Texas, Inc.	4,427	2	0	2	4.5	0.0	4.5
Mercy Health Plans of Missouri, Inc.	13,374	3	2	5	2.2	1.5	3.7
Molina Healthcare of Texas, Inc.	28,705	1	0	1	0.3	0.0	0.3
Selectcare of Texas, L.L.C.	38,547	1	0	1	0.3	0.0	0.3
UNICARE Health Plans of Texas, Inc.	36,569	21	6	27	5.7	1.6	7.4
United Healthcare of Texas, Inc.	9,800	85	11	96	86.7	11.2	98.0
<b>TOTAL/Medio Servicios Basicos* (Planes &lt; 50,000 Afiliados)</b>	<b>131,422</b>	<b>113</b>	<b>19</b>	<b>132</b>	<b>3.4</b>	<b>0.7</b>	<b>4.1</b>

Fuente de datos: Los datos de quejas ICIS del Departamento de Seguros de Texas (TDI) que se utilizaron en este proyecto fueron obtenidos del sitio electrónico de TDI. Las quejas se contaron como sigue: a) Propietario = HMO, b) Sujeto de Quejas no = ERISA, c) Línea de cobertura = Group A&H y utilizando una combinación de datos únicos de quejas ID, motivo de la queja y correspondiente. Los casos adicionales con el mismo ID y motivo de los que ya fueron contados son excluidos.

\* El resumen de proporción de quejas de los planes con menos de 50,000 afiliados se basó en el medio en lugar del promedio para comparación.

## Apelaciones y Quejas

Si su plan de salud se niegue a pagar por atención de salud que usted o su doctor cree es necesaria o adecuada, usted tiene el derecho a apelar esa decisión. Cuando su plan hace semejante negación, debe también informarle sobre el sistema interno de apelaciones del HMO.

Si su apelación es negado, usted tiene el derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente o IRO (Independent Review Organization) examine la decisión. El IRO tiene solamente 20 días para presentar su decisión.

Si su padecimiento amenaza la vida usted puede dirigirse directamente al IRO y no tiene que apelar primero por medio del sistema de apelaciones del HMO. El IRO entonces tiene solamente 8 días para presentar su decisión. Los planes de salud están obligados a pagar por el IRO y obedecer lo que el IRO decida.

Es posible que usted pueda proceder a entablar una demanda legal en contra del HMO si alguna decisión que el HMO emitió para su cuidado de salud le causó daños.

También, si tiene una queja en contra de su HMO usted puede presentarla ante TDI. Las quejas en contra de los proveedores de cuidados de salud deben presentarse ante la agencia acreditadora o las autoridades correspondientes.

Para más información sobre el proceso de los IROs o cómo presentar quejas (y otros derechos del paciente), favor de llamar al Departamento de Seguros de Texas: Línea de Información de IROs al (888) 834-2476.

Apelaciones ante la Organización de Revisión Desde el 1º de julio de 2007 hasta el 30 de junio de 2008	Casos	Casos Resueltos a favor del HMO	Casos Resueltos a favor del paciente/ afiliado	Casos Resueltos parcialmente a favor del HMO y del paciente
Aetna Health Inc.	6	4	2	0
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	3	2	0	1
FIRSTCARE	2	0	2	0
HMO Blue Texas	3	2	1	0
Humana Health Plan of Texas, Inc.	1	1	0	0
PacifiCare of Texas, Inc.	1	1	0	0
Parkland Community Health Plan, Inc.	1	1	0	0
Superior Healthplan, Inc.	1	0	1	0
UNICARE Health Plans of Texas, Inc.	1	1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Fuente: Departamento de Seguros de Texas  
IRO Database  
1º de Julio de 2007 al 30 de junio de 2008

